

Tőzsér Anett

A magyar társadalom mentális egészségi állapotának bemutatása¹

Mental Health in the Hungarian Society

ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmány célja az életminőség és az egészséggel összefüggő fogalmak meghatározása, az életminőségre hatást gyakorló tényezők feltárása és a magyar lakosság életminőségét vizsgáló kutatások eredményeinek bemutatása. A tanulmány rámutat arra a paradoxonra, hogy miközben az életfeltételek folyamatosan javulnak a nyugati társadalmakban, a mentális panaszok egyre gyakoribbá válnak. Egyes kutatások feltárják, hogy jelenleg az európai lakosság egyharmada szenved a mentális zavarok legalább egyikében, és a magyar lakosság lelki-mentális állapota nemzetközi összehasonlításban igen kedvezőtlen. A magyar népesség jelentős részénél hiányzik a mindennapi élet kihívásaival, problémáival való lelki-szellemi megbirkózás, megküzdés képessége. E folyamatba való beavatkozás elengedhetetlen, és ebben jelentős szerepe van és lehet a már működő szakmai szervezeteknek és lelki segítő szolgálatoknak.

Journal of Economic Literature (JEL) kódok: I1, I3

Kulcsszavak: életminőség, egészség, mentális egészség, jóllét

SUMMARY

The aim of the study is to define the concepts of quality of life and health, to explore the factors influencing the quality of life, and to present the results of research on the quality of life in the Hungarian population. The study highlights the paradox that as living conditions continue to improve in Western societies, mental complaints are becoming increasingly common. Some studies reveal that currently one third of the European population suffers from at least one mental disorder, and the mental status of the Hungarian population is highly unfavourable in an international comparison. The ability to cope with the challenges and problems of everyday life is absent

DR. TŐZSÉR ANETT, kutatási főmunkatárs, Nemzetstratégiai Kutatóintézet (anett.tozser@nski.gov.hu).

in a significant part of the Hungarian population. Intervention is paramount and the existing professional organisations and psychological support services can and should have a significant role in this process.

Journal of Economic Literature (JEL) codes: I1, I3

Keywords: quality of life, health, mental health, welfare

AZ ÉLETMINŐSÉGGEL ÖSSZEFÜGGŐ FOGALMAK MEGHATÁROZÁSA

Fejlődési paradoxonként írható le az a jelenség, hogy miközben a fejlett országokban az életkörülmények folyamatosan javulnak, addig az emberek mégsem érzik jól magukat, sőt egyre boldogtalanabbnak mondják magukat. Az élet területén uralkodó verseny következtében olyan „fogyasztói társadalmak” jönnek létre, amelyek az ún. „fogyasztói embertípus” kialakulásának kedveznek.

A fejlett országokban, deklarációk szintjén már az 1960-as években megjelent az életminőség javításának szükségessége. Többen Johnson elnök 1964-es elnöki kampányában, a Great Society program kapcsán tett kijelentésétől származtatják a vizsgált fogalmat, amely szerint „céljaink elérését nem mérhetjük bankszámlák nagyságával, csak az emberek életminőségének javulásával”. Ebben az időben tehát az anyagi szükségletek kielégítésére irányuló mennyiségi jólét (welfare) mellett előtérbe került az immateriális dimenziókban megvalósuló jólét (well-being) kérdésének tárgyalása is (Fekete, 2006). A fejlődés célja tehát napjainkban, mind az USA-ban, mind Nyugat-Európában nem elsősorban a

mindenáron való gazdasági növekedés, hanem az emberek jóllétének, életminőségének javítása (Kopp–Martos, 2011). Ez azt jelenti, hogy a társadalmi fejlődés középpontjában az embernek kellene állnia, az emberi személyiségfejlődés támogatásának. Ennek ellenére azonban ma mégis az tapasztalható, hogy a társadalmat a gazdasági, fogyasztói érdekek mozgatják, és nem az ember alapvető érdekei.

Történetileg az *életminőség* szót először a gazdasági növekedés fenntarthatatlanságának kritikájaként néhány kutató használta (Kovács, 2006), azonban a mai napig nincs általánosan elfogadott definíciója (Kovács, 2007). Seligman (2002) az életminőség három szintjét különbözteti el, amelyet a boldogsággal azonosít. A boldogság- és a boldogságkeresés három szintje a fogyasztói boldogságideál (minél több élvezet keresése), a bevonódás, flow állapot, illetve az élet értelmének keresése (Arisztotelész-féle boldogságmeghatározás). Az első szint a „*pleasure*”, a *gyönyör*, az *élvezet szintje*, a *hedonikus boldogság*, amely önmagában még csak az ösztönös késztetések szintjének felel meg. A modern társadalom gyakran egyedül ennek a szintnek az elérését tekinti boldogságnak (ez magyarázza a drog, az alkohol stb. átmeneti csúcslélményét). A boldogság második szintje a *bevonódás*, az *elkötelezettség*, amikor az ember teljesen feloldódik, s a legmagasabb szintű élményt éli át a feladat teljesítése közben. Ezt az optimális élményt nevezi Csíkszentmihályi flow-élménynek, áramlatnak. A boldogság harmadik szintje az *értelmes élet*, a valódi boldogság, ami nem élmény, nem állapot, hanem aktivitás. Ezt a szintet az önelfogadás, az életcélok, a személyes növekedés, a másokkal való pozitív kapcsolatok és az autonómia jellemzik. Ez a

szint az előző szintektől lényegesen jobb egészségi mutatókkal jár együtt (Kopp–Martos, 2011).

Az életminőség egyaránt tartalmaz objektív és szubjektív elemeket (Kovács, 2006), és az összetevői lehetnek a testi/szomatikus faktorok (munkaképesség, funkcionális kapacitás, azaz fizikai teljesítmény), a pszichés faktorok (elégedettség, közérzet, önbecsülés, szorongás, depresszió) és a szociális faktorok (szabadidő, családi és társadalmi kapcsolatok). Egy másik vélekedés szerint az életminőség meghatározásában fizikális, mentális, szociális és spirituális dimenziót különíthetünk el. A fizikális dimenzió olyan funkcionális paramétereket foglal magában, mint például a mozgásos aktivitással kapcsolatos mindennapi tevékenységek, az önellátás megléte, az aktivitásbeli korlátozások, a betegség-specifikus tünetek vagy a fájdalom gyakorisága. A mentális dimenzió egy belső érzelmi-hangulati állapotot tükröz; a stressz, a szorongás, az érzelmi labilitás, a magatartáskontroll vagy a depresszió mérése a klinikai vizsgálatok részévé vált. A szociális dimenzió legfontosabb indikátora a társas integráció szintje, ezenkívül a spirituális dimenzió (a vallási közösséghez tartozás) is fontos egészségvédő faktor. A WHO életminőség-meghatározása hangsúlyozza, hogy a személyt kulturális és spirituális teljességében kell látnunk (Kopp–Pikó, 2006).

Az életminőség fogalmától elválaszthatatlan az *egészség* fogalma, amelyet ugyancsak nehéz objektíven meghatározni, mert összetett, többdimenziós és bonyolult lenne egy konkrét mutatóval mérni. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1946-os meghatározása szerint „az egészség a teljes testi, lelki és társadalmi jóllét, és nem egyszerűen a betegségek

vagy fogyatékosságok hiánya. Az egészségnek tehát több dimenziója van, ezek a testi, a lelki egészség és a társas-szociális, társadalmi egészség” (Kopp–Martos, 2011). Az életminőség-mutatók is jól követik az egészségi állapot három fő dimenzióját, a biológiai (testi, fizikai) struktúrát, a pszichés/mentális állapotot és a szociális/társas funkcionálást.

A WHO definíciója (1946) szerint tehát az egészség egyik dimenziója a *testi egészség*, amely a betegségtől mentes állapotot jelent, és idetartozik az egészségvédő életvezetés (rendszeres testmozgás, egészséges táplálkozás, megfelelő alvás, önkárosító magatartásformák elkerülése) (Kopp–Pikó, 2006). A pszichológiai egészség az általános jóllétet, önmagunk elfogadását, az intelligenciát, a jó memóriaműködést, a világos gondolkodási képességet, az eredményes megbirkózási készségeket, a bizalom képességét, a tartalmas emberi kapcsolatokat, az intimitás képességét, a nehéz helyzetekben tapasztalható erős szociális hálót jelent (Kopp–Pikó, 2006). A pszichológiai egészség és a mentális (lelki) egészség hasonló jelentéstartalommal bír. A legújabb WHO-meghatározás szerint a lelki (mentális) egészség a jóllét állapota, amelyben a személy megvalósítja képességeit, meg tud birkózni az élet stresszeivel, produktívan és eredményesen képes dolgozni, és hozzájárulni a közösség működéséhez. A pszichológiai vagy lelki (mentális) egészség szorosan összefügg a társadalmi-gazdasági tényezőkkel, mint a társadalmi-gazdasági helyzet, a végzettség, az etnikai, vallási hovatartozás, a kulturális, nemi és hivatásbeli azonosságtudat (Kopp–Pikó, 2006).

Az egyén egészsége és életminősége annak a kölcsönhatásnak a függvénye, hogy milyen módon váltja ki, illetve dol-

gozza fel életeseményeit és életkörülményeinek változását. Az életminőséget, testi-lelki-szellemi egészséget tehát több tényező befolyásolhatja, így például a *személyes hatékonyság*, amely azt a meggyőződést jellemzi, hogy mennyire érezzük magunkat úgy, hogy kezelni tudjuk a nehéz élethelyzeteket. A *kontrollvesztettség* érzése a tanult tehetetlenség állapotához vezethet, amelynek egyik megjelenési formája a depressziós tünetegyüttes. A *koherencia-érzés* a személynek az a hite, hogy a világ értelmes, megismerhető, befolyásolható. A *személyes célok és önszabályozás* arra utal, hogy a boldogság és a szubjektív jóllét állapota összefügg a megfelelő célok kitűzésével, megvalósításával. Az *együttműködés* az életminőség további meghatározó tényezője: az együttműködő, barátságos személyiség a konstruktív társas életvezetés egyik fontos feltétele. Az ellenséges magatartás azonban – többek között – a kardiovaszkuláris megbetegedések egyik rizikófaktor. A *megküzdés* a mindennapi stressz, a negatív érzelmek megfelelő szabályozása, intenzitásuk csökkentésének képessége. Az aktivitás a kezdeményező, aktív személyiség (extraverzió), a jóllét egyik fontos összetevője (Kopp–Martos, 2011).

Napjainkban a nemzetgazdaság egy bizonyos szintjéig valóban javult az emberek jólléte, azonban a fölött már egyáltalán nem javult sem az Amerikai Egyesült Államok, sem Nyugat-Európa lakosainak elégedettsége, jólléte. Sőt, az utóbbi évtizedekben a mentális panaszok a civilizált világban egyre gyakoribbá váltak, és ez az életminőség rosszabbodását eredményezi, főleg a társadalom viszonylag rosszabb helyzetű rétegeiben. Ezek a változások gyors pszichológiai válaszokat igényelnek, és gyakran az adaptáció nehézségeiből eredő egyensúlyvesztés pszichológiai és

élettani következményeit eredményezik. Az adaptáció zavarának jeleként kialakulhat a krónikus stressz állapota, a depresszió vagy a tanult tehetetlenség, a vitális kimerültség, a kontrollvesztés. Ezek a jelenségek az életminőség olyan fokú romlásával járnak együtt, amelyek alapvető szerepet játszanak a korai egészségromlásban és az idő előtti elhalálozásban.

A *depresszió* a „tanult tehetetlenség” modellje. Amennyiben az érzelmileg negatív helyzeteket aktivitáson keresztül kontrollálatlannak, megoldhatatlannak minősítjük, vagy azért, mert nem ismerjük a helyes megoldást, vagy azért, mert az ehhez szükséges cselekvésre nem érezzük képesnek magunkat, szorongással reagálunk. Ha ismételten nem vagyunk képesek a negatív helyzetek megoldására, a „tanult tehetetlenség” állapota alakulhat ki, amelyet a depresszió legjobb modelljének tekintenek. Kopp Mária (2006) szerint a stressz összefügg a depresszióval. A stressz mint kihívás alapvető a fejlődéshez, ha folyamatosan képesek vagyunk megbirkózni a nehézségekkel. Ezért a megbirkózás („coping”) a stressz ikerfogalma. A stressz akkor válik kórossá, ha nem vagyunk képesek megbirkózni az újszerű helyzettel, és ebben az esetben a krónikus stressz, a kimerülés fázisa egyértelműen károsító hatású. A depresszió kialakulásában a gyermekkori, családi háttér, az egyén megbirkózási képességei, szociális kompetenciája és az életesemények meghatározó szerepet játszanak. A tanult tehetetlenség lelkiállapota és élettani következményei magyarázzák, hogy a mai magyar népesség harmada szenved olyan, az életminőséget rontó tünetegyüttestől, amely a korai halálozás szempontjából is jelentős veszélyeztető tényező (Kopp, 2006).

A tanult tehetetlenség helyett a tanult leleményesség, a tanult erőforrás-gazdaság élményét kell elsajátítani már gyermekkorban, aminek a feltétele a bizalom és az együttműködés élménye és képessége. Ezzel összefüggésben említhető a *társadalmi tőke* fogalma, amely bizalmon és együttműködésen alapuló emberi kapcsolatok hálózatát jelenti, és amely jelentős társadalmi erőforrás, az emberi jóllét, boldogság lényegi összetevője. A legtöbb meghatározás a bizalmat tekinti alapvetőnek a társadalmi tőke szempontjából. A bizalmatlanság azonban rosszabb lelki egészséggel jár együtt: az alacsony bizalommal rendelkező emberek nagyobb valószínűséggel depressziósak (Kopp–Martos, 2011).

A hit és a vallási közösséghez tartozás pozitív, személyes elkötelezettségen alapuló formái ugyancsak jelentős egészségvédő faktort jelentenek. Kiemelhetők azok a vallási-kulturális erőforrások is, amelyek alapvetőek az egyén és a közösség megbirkózási készségeinek erősítésében. A globális fogyasztói kultúrával szemben az Istenbe vetett hit, a vallás, a spiritualitás, a közösségiség, az egyéni léten túlmutató pozitív célok lehetőségeit kínálják (Kopp–Martos, 2011), és a rendszeres vallásgyakorlók egészséglélektani védettségét is megerősítik (Székely–Lázár, 2013).

Ugyancsak a megküzdési mechanizmusokra tett javaslatot Kopp Mária és Skrabski Árpád (2007) tanulmánya, amely az egymástól gyakorlatilag külön fejlődő szociológiai, pszichológiai és egészségtudományi életminőség-kutatások főbb eredményeinek összegzését végezte el, illetve mindezek ismeretében kísérletet tett a mai magyar társadalom életminőség-vizsgálatára. A szerzők amellől ér-

velnek, hogy a nemzeti azonosságtudat fontos eszköz a társadalmi anómia elkerülésére, megszüntetésére, a magyar társadalom sokszínűségének értéként való megőrzése érdekében pedig a kettős vagy többes identitáskonstrukciókat kellene erősíteni.

A MATERIÁLIS ÉRTÉKEK HATÁSA AZ ÉLETMINŐSÉGRE

A 20. század gazdasági, ipari, anyagi fejlődése, a fokozódó „jólét” következtében a jóllét is növekedett, és a nemzetgazdaság bizonyos szintjéig valóban javult az emberek állapota, azonban a fölött már egyáltalán nem javult sem az USA-ban, sem Európában. Az utóbbi évtizedekben az adaptáció zavaraiából eredő mentális tünetek és panaszok a civilizált világ országaiban egyre gyakoribbá váltak, és az életminőség rosszabbodását tükrözik, főleg a társadalom viszonylag rosszabb helyzetű rétegeiben. Gregg Easterbrook több könyvében, például a *The Progress Paradox* (Fejlődési paradoxon) című kötetben elemzi azt a jelenséget, hogy „miközben az életfeltételek folyamatosan javulnak a nyugati társadalmakban, az emberek jelentős része egyre rosszabbul érzi magát” (Easterbrook, 2003). Kína fejlődésének példája is ezt mutatja: a gazdaság bővülése mellett a boldogság csökkenése következett be, vélhetően azért, mert a bővülés kiélezte a társadalmon belüli különbségeket (Kopp–Martos, 2011).

Kopp Mária és Martos Tamás (2011) kutatásukban ugyancsak megállapítják, hogy az anyagi helyzet, illetve a társadalmi státusz összefüggésben van mind a testi, mind a lelki egészséggel. „A magasabb jövedelműek, illetve a társadalmi értelemben magasabb pozíciókat betöltő sze-

mélyek és társadalmi csoportok elégedettebbek, boldogabbnak érzik magukat, és egészségi mutatóik is jobbak”. „A státusz/ anyagi helyzet kapcsolata azonban nem lineáris: az anyagi jólét egy alacsony küszöbének elérése után a nagyobb gazdagság már alig jár együtt a jóllét, boldogság és elégedettség növekedésével.” A szerzők azt is kimutatták, hogy társadalmi szinten nem annyira a gazdagság abszolút mértéke az előrejelző tényező, hanem az egyenlőtlenség mértéke, azaz a relatív távolság (pozícióban vagy jövedelmekben) a társadalom alsó és felső rétegei között (Kopp–Martos, 2011).

A materiális és az immateriális értékek fontosságát vizsgálta Ingelhart centrum-periféria elmélete is (1977), amely szerint egy társadalom gazdasági foka ad magyarázatot a materiális és posztmateriális értékek fontosságára. Míg állítása szerint a fejletlenebb társadalmakban a materiális értékek (pl. magas jövedelem) dominálnak, egy bizonyos fejlettségi szintet elért ország esetén a posztmateriális értékeknek (pl. egészség, család, környezetvédelem stb.) kellene túlsúlyba kerülniük. Ennek a tételnek az alkalmazhatóságát a jelenkorra cáfolni látszanak azonban azok a vizsgálati eredmények, amelyek azt mutatják, hogy például hazánkban is a materiális értékek iránti igény általában jóval előkelőbb helyen szerepel a fontossági listán, mint a nem materiális értékek iránti (Márfi, 2007).

Az életminőség-kutatásokban megkülönböztetjük a szubjektív és az objektív oldalt. Az objektív tényezők az életszínvonal és a környezeti körülmények objektív mérésére terjednek ki, a szubjektív tényezők az életszínvonallal való elégedettség, elégedetlenség érzését vizsgálják. Objektív tényezők alatt az életszínvonal és az élet-

körülmények területének vizsgálatakor elsősorban a jövedelmi helyzetet, a munkaerőpiaci státust, a fogyasztási javakkal való ellátottságot és más hasonló, materiális jellegű indikátorokat értjük, vagy a nemzetközi összehasonlításoknál az egy főre jutó GDP-t, illetve a különböző nemzetgazdasági mutatókból készített indexeket, mint például a központi statisztikai adatokat, kérdőíves adatbázisokat (Márfi, 2007).

Sági Matild (2000) és Andorka Rudolf (1994) vizsgálatai szerint az objektív tényezők tekintetében Magyarországon nem túl ideális a kép: az életszínvonal relatíve magas, azonban a növekvő objektív mutatók ellenére az egészségi állapot nem javul olyan dinamikusán, mint a gazdasági helyzet. Az objektív statisztikák szerint ugyan jobban élünk, mint a volt szocialista országok zömének polgárai, de kevesebbet, rövidebb életet: a KSH adatai szerint a bruttó hazai termék volumenindexe az előző évekhez képest 1994 óta pozitív tendenciát mutat, és az egy főre jutó nettó nominál-átlagkereset, a reálkereset és -jövedelem is növekvő tendenciát jelez, utóbbi mutatóknál 1997 óta. Ezenkívül az is megfigyelhető, hogy nő a fogyasztás a legtöbb fogyasztói kategória alapján. Nemcsak az étel- és ital-fogyasztás terén ment végbe jelentősebb változás, hanem a tartós fogyasztási cikkek esetében is. Objektíve a háztartások felszereltsége javul, és az életszínvonal egyre magasabb lesz, azonban ezen cikkek beszerzése csak pillanatnyi örömet nyújt, hiányuk pedig a depriváció érzését idézi elő, illetve a növekvő jólét nem feltétlenül árulkodik javuló egészségről. Ezt mutatja többek között a születéskor várható élettartam is, amely pesszimista képet mutat Magyarországról. Az EU-átlagnál mind a férfiak,

mind a nők rövidebb életre számíthatnak (Márfi, 2007).

Az objektív mutatókhoz rendelt szubjektív mutatók esetében az derült ki, hogy a válaszadók életszínvonallal kapcsolatos elégedettségére erős hatást gyakorol a jövedelem, valamint a lakás és a munka, amiből arra lehet következtetni, hogy az emberek többsége az életszínvonalról elsősorban anyagi dimenzióban gondolkodik. A válaszokból az derül ki, hogy minél magasabb a megkérdezett jövedelme, annál elégedettebb az életszínvonalával. Emellett a lakás felszereltsége és értéke is hatást gyakorol a szubjektív életszínvonal megítélésére. A nem materiális tényezők közül jelentős hatása van az iskolai végzettségnek is az életszínvonallal való elégedettségre – hiszen hatással van a jövedelemre is –, ugyanakkor a kor, a nem és a családi állapot hatása nem szignifikáns (Márfi, 2007). A szerzők azonban azt is hangsúlyozzák, hogy a szubjektív életminőség hatása a boldogságra mindig kérdéses. Bár az életszínvonallal való elégedettségre hatással van a jövedelem, ez csak csekély mértékben befolyásolja a boldogságot. A legerősebb kapcsolatot a boldogsággal az eddigi élettől való elégedettség mutatja. Az is látható, hogy a tágabban vett életszínvonal nagyobb hatással van a boldogságérzetre, mint a jövedelem, a lakáshelyzet és a munka. Ugyanakkor a családi élet, illetve az egészség még az életszínvonallal való elégedettségnél is fontosabb tényező.

Kopp Mária, Székely András és Skrabski Árpád (2006a) kutatása szerint is a társadalmi-gazdasági helyzet – a nemzetközi mutatókkal összhangban – a magyar népesség életminőségének is alapvető meghatározója. A magasabb társadalmi-gazdasági helyzetű rétegekben még 65 éves kor felett sem romlik alapvetően az élet

minősége, ugyanakkor a legalsó társadalmi-gazdasági helyzetű rétegekben már 45 év alatt is igen súlyos az életminőség-romlás. A gazdasági ágazatok közül, a férfiak között az egészségügyben, az oktatás-kultúra és a pénzügyekben dolgozók számoltak be a legpozitívabb életminőségről, míg a nők között az oktatás-kultúra területén dolgozók. A férfiak esetében a tanulók, a vállalkozók, a közalkalmazottak és az alkalmazottak depresszióértékei lényegesen jobbak az átlagosnál (legalább 30%-kal alacsonyabbak), a nők esetében ugyanezeket a csoportokat, valamint a gyeseen, gyeden lévőket jellemzi az átlagosnál legalább 30%-kal alacsonyabb depressziópontszám. A férfiak közül kiugróan leginkább az egészségügyben dolgozók, míg a nők esetében az oktatás-kultúra területén dolgozók érzik úgy, hogy az életnek van értelme, legkevésbé mindkét nemben a gazdasági területen dolgozók.

A GDP és az életminőség legfontosabb trendjeit Magyarországon az 1990 és 2010 közötti időszakban Kopp Mária vezetésével vizsgálták (Kopp–Martos, 2011). A szerzők megállapították, hogy a GDP az 1990-es évek eleji mélyponthoz képest folyamatosan nőtt 2009-ig, amikor a világgazdasági recesszió következtében visszaesett. A szubjektív egészség alakulásáról elmondható, hogy mind a férfiak, mind pedig a nők esetében növekvő tendenciát mutat, azaz egyre nagyobb azok aránya a felnőtt népességben belül, akik egészségi állapotukat összességében jónak minősítik. A boldogságszintről is megállapítható, hogy egybeesik a GDP növekedésével, azonban 2006-ban annak ellenére figyelhető meg egy jelentős visszaesés, hogy a GDP-ben ez a tendencia nem látható. Az általánosságban vett bizalom is jelentős

változáson ment keresztül az elmúlt húsz évben, és ez a változás éppen ellentétes irányú, mint a gazdasági fejlődés tendenciája. Az adatok arra utalnak, hogy a magyar társadalomban az emberekbe vetett bizalom mértéke a rendszerváltás óta folyamatosan csökken. A depresszivitás mértéke a bizalommal ellentétben kevert mintázatot mutat: a GDP növekedésével együtt visszaesett, majd növekedésnek indult: 1988-ban még csak a felnőtt népesség 2,7%-a panaszkodott súlyos, kezelésre szoruló depressziós tünetegyüttesről. Ez az arány 1995-ben már 7,1%-ra emelkedett, és ugyanezt az arányt találták a 2002-es felmérés során is, miközben összességében csökkent a depresszivitás mértéke. 2005–2006-ban a súlyos depressziós tünetekről beszámoló aránya tovább nőtt, 11,2%-ra. A szerzők megállapítják, hogy a magyarok általában depressziósbabak, mint más országok népei, azonban a leszakadó rétegekben, az állandó krónikus stressz, bizonytalanság állapotában élők között nagyon magas a negatív hangulati állapot és az ezzel együtt járó negatív életminőség.

A MAGYAR NÉPESSÉG LELKIÁLLAPOTÁT VIZSGÁLÓ KUTATÁSOK EREDMÉNYEI

A WHO szerint a 2000 utáni évtizedekben az egészségügy legsúlyosabb problémái a lelki betegségek, ezen belül is a depresszió és annak következményei lesznek. A mentális megbetegedések Európa egyik legnagyobb kihívását jelentik. Az európai lakosságnak több mint egyharmada szenved a mentális zavarok legalább egyikében (WHO, 2013; ÁSZ, 2012). A mentális zavarok, beleértve a depressziót, a szorongást és skizofréniát, számos európai országban – beleértve

Magyarországot is – a fogyatékoság és a korai nyugdíjba vonulás fő okait jelentik (WHO, 2013).

Magyarország számára a mentális és lelki egészség, megújulás, megerősödés és gyarapodás ügye nemzeti sorskérdés, határon innen és túl. Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program (2001–2010) és a Semmelweis-terv (2011) alapvető megállapítása, hogy a magyar lakosság lelki-mentális állapota nemzetközi összehasonlításban igen kedvezőtlen, jelentősen elmarad az ország gazdasági helyzete alapján várhatótól. A népesség jelentős részénél hiányzik a mindennapi élet kihívásaival, problémáival való lelki-szellemi megbirkózás, megküzdés (coping) képessége, és alacsony szintű a lelki ellenállás (reziliencia) képessége is. A lelki értékek elhanyagolása jellemző, széleskörűen elterjedtek a lelki-spirituális természetű problémák, a pszichés és mentálhigiénés zavarok. Olyan mértékű és tempójú a mindennapi élet és az értékek ártrendeződése, hogy a sodrás szabta irány kontrollálásához nagyfokú tudatosságra és szervezetségre van szükségünk. Látnunk kell a tényeket, és aktív szerepet, felelősséget kell vállalnunk az egyén és a közösség testi, lelki, mentális/szellemi és szociális egészségének fejlesztésében, helyreállításában.

A magyar lakosság testi és lelki állapotát, ennek pszichológiai és szociológiai háttértényezőit Juhász Pál kutatásainak folytatásaként Kopp Mária és Skrabski Árpád vezetésével 1983-ban, 1988-ban, 1994–1995-ben országos reprezentatív felmérések vizsgálták. A *Hungarostudy 2002 és 2005/2006* a fent említett kutatások folytatása volt (Rózsa et al., 2006; Kopp–Skrabski–Székely, 2006b). A vizsgálatok számot adtak a magyar népesség

egészségi állapotának alakulásáról, lehetővé téve a népegészségügyi szempontból legjelentősebb egészségproblémák és legfőbb befolyásoló tényezők rendszeres monitorozását.

A vizsgálatba bevont pszichológiai életminőség-mutatók a WHO Jólét Index, a Beck Depresszió Kérdőív, a reménytelenségskála, a szorongás-, a vitáliskimerültség-, a kompetencia- és az „élet értelme” koherenciamutató. Az egészséggel kapcsolatos életminőség-mutatók: az egészségi állapot önbecslése, a munkaképesség-csökkenés, a fájdalommal kapcsolatos korlátozottság, a munkaképtelen napok önbecslése, a betegségteher-index.

A kutatási eredmények bemutatják az anyagi helyzettel, a munkával, a lakással, a személyes kapcsolatokkal, az egészségügyi és társadalombiztosítási ellátással való elégedettség, valamint az életminőség pszichológiai és társadalmi-gazdasági háttértényezőinek nem és kor szerinti megoszlását. Külön elemezték a társadalmi-gazdasági helyzet, elsősorban az iskolázottság, az életkor és az életminőség legfontosabb összetevői közötti kapcsolatot.

A kérdőívek objektív és szubjektív összetevőket egyaránt vizsgáló kérdéscsoportokból álltak, mint a személyi adatok, a lakás és otthon, a munkahely, a háztartási adatok, a szülők adatai, az egészségre vonatkozó adatok, pszichológiai tényezők, a stressz és életcélok, az egészségmagatartás, a vallásosság, az etnikai hovatartozás (Kopp–Skrabski–Székely 2006b).

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete 2013-ban folytatta a vizsgálatokat. A kérdőíves felmérés fő célja, a 18 éven felüli magyar népesség bio-pszicho-szociális helyzetének jellemzése mellett, a 18–35 éves fiatal korosztály házassági és gyermekvállalási hajlandó-

ságának felmérése, a legfontosabb tényezők feltárása volt. A 2000 fős lakossági minta Magyarország településhálózatát arányosan reprezentálta. A mintába kerülő személyek összetételi aránya a legfontosabb társadalmi-demográfiai mutatók szerint (nemek, életkori csoportok, iskolai végzettség, lakóhelytípus) megfelelt a teljes felnőtt népesség összetételének. A fő kérdőív kérdéscsoportjai a teljes felnőtt lakosság egészségi állapota és egészséggel kapcsolatos életminősége jellemzőinek feltárására irányultak, valamint az ezeket befolyásoló legfontosabb háttértényezőkre (demográfiai, szociális tényezők, az egészségmegtartás rizikó- és protektív faktorai), kiemelt szerepet szánva a családdal kapcsolatos attitűdöknek, értékeknek. A fiatalokra vonatkozó tematikus blokk azokra a kérdésekre koncentrált, amelyek mentén leírhatók a párkapcsolatok alakulásának jellemzői, a családtervezési mintázatok és gyermekvállalási stratégiák, valamint a családdal kapcsolatos attitűdök és értékek (Susánszky–Székely, 2013; Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014–2020).

A 2013-ban alkalmazott kérdőív a következő skálákat tartalmazta (Susánszky–Székely, 2013): anómiaskála, aspirációs index, extrinzik célok, intrinzik célok, athéni inszomniaskála, alkoholizmust szűrő skála, a Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített változata. Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI) – önirányítottság-faktor, újdonságkeresés-faktor, kitartásfaktor. Család-munka egyensúly kérdőív, depresszióstigma kérdőív – észlelt és személyes stigma, elégedettségskála, életcél-kérdőív rövidített változata, énhatékonyság-skála, erőfeszítés–jutalom egyensúlytalanság-kérdőív – erőfeszítés, jutalom, túlter-

heltség, észleltstressz-skála, férfi és női nemiszerep-stressz kérdőív, házastársi-stressz-kérdőív, koherenciaérzés-skála, konfliktustaktika-skála, kötődéskérdőív – aggodalmaskodás, függőségtől való félelem, evészavarokra vonatkozó kérdőív, WHO általánosjóllét-skála.

A hazai és nemzetközi kutatások eredményei mind megerősítik a magyar lakosság gyenge mentális-lelki állapotát. A főbb megállapítások a következők:

– Az egyes országok általános boldogságát vizsgáló 2013. évi World Happiness Report adatai szerint Magyarország az étellel való elégedettség tekintetében 156 ország közül a 110. helyen található. Számos, sokkal szegényebb ország is jócskán megelőz minket. Európában csupán Bulgária, Macedónia és a kaukázusi országok állnak mögöttünk (Helliwell et al., 2013).

– A 2010-es Eurobarometer-felmérés adatai szerint az európai átlaghoz képest kevesebb magyar tapasztalta az „örömet”, „boldogságot” vagy a „teljes életet”.

– Az Állami Számvevőszék 2012-ben készült jelentése szerint a „hazai lakosság mentális-lelki állapota rosszabb az európai átlagnál” (ÁSZ, 2012).

– Az Ipsos nemzetközi közvélemény-kutató által, a Reuters megbízásából, 24 országban, 18 ezer ember megkérdezésén alapuló felmérés szerint a magyar az egyik legpegyeszmistább nemzet (Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014–2020).

– A „65 év fölötti népesség körében a befejezett öngyilkosságokat illetően világviszonylatban a vezető helyen áll Magyarország” (Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014–2020).

– A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete által publikált *Magyar Lelkiállapot 2013* című egész-

ségpszichológiai tanulmánykötet szerint a „munkahelyi stresszt megélők száma 2006 óta 18-ról 29 százalékra nőtt”, és láthatóan a felsőfokú végzettség egyre kevésbé jelent garanciát ennek elkerülésére. Dr. Selye János kísérletei bizonyítják, hogy a tartós stresszbe az ember belebetegszik, majd belehal (Susánszky-Szántó, 2013).

– A Hofstede-féle vizsgálati módszerek szerint a bangladesi mutatók is jobbak a magyarokénál, melynek oka az ottani közösség összetartására vezethető vissza; Magyarországon az 1990-es éveket követően megnőtt az értékvesztett, anómiás állapot mértéke; tíz emberből nyolc azt mondja a felmérések szerint, hogy senki nem törődik a másikkal, ami szintén erős stresszfaktort jelent (Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014–2020).

– A népesség jelentős részénél hiányzik a mindennapi élet kihívásaival, problémáival szembeni lelki-szellemi megküzdési (coping) és ellenállási (reziliencia) képesség, ezzel párhuzamosan a tanult negatív attitűdök, berögzülések és az önsorsrontó gondolkodásmód generációról generációra helyeződik át – ez, a legújabb kutatások szerint, nemcsak tanulás, hanem genetikai úton is öröklődik, illetve főlülírható.

– A gazdasági elmaradottság és a rendkívüli gyors társadalmi átalakulás miatt, Magyarország egyes megyéiben (Nógrád, Borsod-Abaúj-Zemplén) a lelki egészség mutatói jelentős rosszabbodást mutatnak: 7–10%-os volt a depressziós lelkiállapotú népesség arányának növekedése.

– A lelki-spirituális, pszichés-mentális, életvezetési krízis következményeként a magyarság egészében demográfiai krízis tapasztalható; a KSH adatai alapján Eu-

rópa és a világ egyik legalacsonyabb termékenységű országa Magyarország.

– A közép-európai egészségparadoxon meghatározó tényezője: nem önmagában a nehéz szociális helyzet, hanem a viszonylagos lemaradás szubjektív átélése erős jellemzője a magyar társadalomnak (Kopp–Skrabski, 2007).

– Az oktatási intézményekből hiányzik a stresszel való megküzdési képesség, a relaxáció, valamint az önálló, független, probléma- és konfliktuskezelő viszonyulás és gondolkodás kialakításának módszere (Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2016 – 2020).

KÖVETKEZTETÉSEK

A magyarság társadalmi és gazdasági felzárkóztatása elképzelhetetlen rossz pszichés-mentális állapotú és életvezetésű dolgozó emberekkel. Éppen ezért szükségesnek látjuk a jelenlegi folyamatba való beavatkozást, mert az objektív adatok kedvezőtlen képet adnak a magyar nemzet mentális és lelki egészségéről. Ennek legfontosabb eszköze és eleme a már működő szakmai szervezetek és lelki segítő szolgálatok szakmai támogatása néhány kiemelt, nemzetileg fontos magyar területen.

A litván uniós elnökség *Mental Health: Challenges and Possibilities* (Mentális egészség: kihívások és lehetőségek) című kiemelt konferenciájának összefoglaló következtetései (EC, 2013) a WHO Mentális Egészség Akciótervével (WHO, 2013) karöltve mutattak rá a legfontosabb kormányzati teendőkre. A dokumentum alapján a kihívások területei Magyarországra is érvényesek:

– A lakosság lelki jóllétét, a mentális zavarok megelőzését és a kockázati tényezők

csökkentését elősegítő beavatkozások nem kellően elérhetőek, különösen a sérülékeny csoportok számára, és az interszektorális együttműködés sem kellő mértékű. A prevencióra és lelkiegészség-promócióra az egészségügyi költségvetés túl kis hányada fordítódik. A szektorok közötti (egészségügyi, szociális, oktatási, foglalkoztatási, igazságügyi, belügyi, ifjúság és sport, innováció és kutatás, gazdasági stb.) együttműködés nélkülözhetetlen.

– A mentális zavarban szenvedők esélyegyenlőségének biztosítása, a szociális befogadás nehézségei, valamint az oktatás és a foglalkoztatás problémái, beleértve a fiatalok magas munkanélküliségi arányát.

– A lelki betegségek ellátásának és a kezelési rendszereinek hiányosságai: a rászorulóknak legalább 50%-a semmilyen kezelést nem kap, nincsenek elérhető szolgáltatások, valamint a meglévők fenntartása, fejlesztése is hátrányt szenved. Különösen a gyermekek és a serdülő és ifjúsági korosztály ellátása mutat nagy hiányosságot.

– Az emberi jogok kérdései: valamennyi EU-tagállam, így Magyarország is ratifikálta az ENSZ Fogyatékkal élő személyek jogairól szóló egyezményét, amely szerint a visszaélés lehetőségei, a diszkrimináció kockázata a mentális problémákkal élőkénél nagyobb, a szociális befogadás kisebb.

– A megfelelő számú és képzettségű szakember és gondozó (humán erőforrás) biztosítása valamennyi EU-s országban problémát jelent, amely nélkül az ellátást vagy a stratégiákat nem lehet kivitelezni.

– Jellemző a megfelelő információk hiánya a lelki folyamatok, valamint a mentális betegségek és ellátásuk területén. Valamint kiemelten fontos e területek kutatási igénye és szükségessége.

JEGYZETEK

- ¹ Jelen tanulmány bővebb változata a Nemzetstratégiai Kutatóintézet *Annales 2018* című kiadványában jelent meg. A tanulmányban bemutatott kutatások és eredmények a Nemzetstratégiai Kutatóintézet által bonyolított EFOP-1.12.1-17-2017-00003 azonosító számú, „Makroregionális kutatások a Kárpát-medencében a közösségfejlesztés és társadalmi felelősségvállalás megerősítése érdekében” projekt tevékenységeihez kötődnek.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- ÁSZ (2012): *Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről*. 1286. sz., Állami Számvevőszék, Budapest, <https://asz.hu/storage/files/files/%C3%96sszes%20jelent%C3%A9s/2012/1286j000.pdf?ctid=728>.
- EC (2013): Lithuanian Presidency conference. „*Mental Health: Challenges and Possibilities*” Conclusions. Vilnius, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20131010_mi_en.pdf.
- Egészségügyi Minisztérium (2001): *Egészséges Nemzért Népegészségügyi Program 2001–2010*. Egészségügyi Minisztérium, Budapest.
- Easterbrook, Gregg (2003): *The Progress Paradox. How Life Gets Better While People Feel Worse*. Random House.
- Fekete Zsuzsa (2006): Életminőség-koncepciók, definíciók, kutatási irányok. In: Utasi Ágnes (szerk.): *A szubjektív életminőség forrásai. Biztonság és kapcsolatok*. MTA Politikai Tudományok Intézete, Budapest, 277–301.
- Helliwell, John – Layard, Richard – Sachs, Jeffrey (eds.) (2013): *World Happiness Report 2013*. UN Sustainable Development Solutions Network, New York.
- Kopp Mária (2006): Az életminőség-kutatás jelentősége a népesség jóllétének vizsgálata céljából: interdiszciplináris modell. In: Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2–9.
- Kopp Mária (szerk.) (2008): *A magyar lelkiállapot*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Kopp Mária – Martos Tamás (2011): *A magyarországi gazdasági növekedés és a társadalmi jóllét, életminőség viszonya*. Magyar Pszichológiai és Egészséglélektani Társaság, Jövő Nemzedékek Állampolgári Biztosa, Budapest, http://ess.tk.mta.hu/wp-content/uploads/2013/04/kopp_gazdasagi_novekedes.pdf.
- Kopp Mária – Pikó Bettina (2006): Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In: Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 10–19.
- Kopp Mária – Skrabski Árpád (2007): Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. *Távlatok*, www.tavlatok.hu/86/86kopp_skrabski.pdf (Letöltés: 2018. február 15.).
- Kopp Mária – Skrabski Árpád – Székely András (2006a): Társadalmi-gazdasági helyzet, aktivitás és életminőség. In: Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 273–288.
- Kopp Mária – Skrabski Árpád – Székely András (2006b): Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar lakosság körében a Hungarostudy 2002 vizsgálat alapján. In: Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 84–105.
- Kovács Balázs (2007): Életminőség, boldogság, stratégiai tervezés. *Polgári Szemle*, 3. évf., 2. sz.
- Kovács József (2006): Életminőség a bioetika szempontjából: elméleti problémák. In: Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 20–24.
- Márfi András (2007): A szubjektív életkörülmények társadalmi-gazdasági összefüggései. In: Utasi Ágnes (szerk.): *Az életminőség feltételei*. MTA Politikai Tudományok Intézete, Budapest, 6–23.
- Nemzeti Erőforrás Minisztérium (2011): *Semmelweis Terv 2011*. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Budapest.
- Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014–2020* (2014). Szakpolitikai stratégia tervezet, <http://mokskanzen.hu/admin/data/file/20160429/nemzeti-lelki-egeszseg-strategia.pdf>.
- Rózsa Sándor – Réthelyi János – Stauer Adrienne – Susánszky Éva – Mészáros Eszter – Skrabski Árpád – Kopp Mária (2006): A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés tervezé-

- se, statisztikai módszerei, a minta leíró jellemzői és az alkalmazott kérdőívek. In: Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 70–82.
- Seligman, Martin (2002): *Authentic Happiness*. Free Press, New York.
- Skrabski Árpád (2013): *Társadalmi tőke és egészségi állapot az átalakuló társadalomban*. Hét szabad művészet könyvtára, Budapest.
- Susánszky Éva – Szántó Zsuzsa (szerk.) (2013): *Magyar lelkiállapot 2013*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Susánszky Éva – Székely András (2013): A Hungarostudy 2013 felmérés módszertana. In: Susánszky Éva – Szántó Zsuzsa (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2013*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 13–20.
- Székely András – Lázár Imre (2013): Vallásosság és kötődés. In: Susánszky Éva – Szántó Zsuzsa (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2013*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 63–76.
- WHO (2013): *Mental Health Action Plan 2013–2020*. World Health Organization, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf (Letöltés: 2018. február 15.).
- WHO (2013): *The European Mental Health Action Plan*. Regional Committee for Europe Sixty-third session, 16–19 September, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf?ua=1 (Letöltés: 2018. február 15.).